

KÆBEKIRURGISK AFTALESYGEHUS

Samtykke til operation i fuld bedøvelse

Undertegnede giver samtykke til operation i fuld bedøvelse.

Navn med blokbogstaver: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Kæbekirurgisk Aftalesygehus
Hovedvagtsgade 8, 3.
1103 København K
+45 8880 2327
sekretariat@k-as.dk